

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1902-1903 — N° 27

DE LA
THYROÏDECTOMIE

DANS LES
Thyroïdites aiguës suppurées

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Décembre 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léopold DELEUIL

Né à Gardanne (Bouches-du-Rhône), le 6 Février 1876



LYON

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE J. PRUDHOMME

Cours Gambetta, 32

—
1902

DE LA THYROÏDECTOMIE

DANS LES

Thyroïdites aiguës suppurées



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1902-1903 — N° 27

DE LA
THYROÏDECTOMIE

DANS LES
Thyroïdites aiguës suppurées

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Décembre 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léopold DELEUIL

Né à Gardanne (Bouches-du-Rhône), le 6 Février 1876



LYON

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE J. PRUDHOMME

Cours Gambetta, 32

1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.
CROLAS QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	{	BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants	{	GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	{	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		WEILL.
Matière médicale et Botanique	{	MONOYER.
Parasitologie		HUGOUNENQ.
Anatomie	{	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie		FLORENCE.
Physiologie	{	LORTET.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie externe	{	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		MORAT.
Anatomie pathologique	{	TEISSIER.
Médecine opératoire		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée	{	MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène	{	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie	{	LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		CROLAS.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Physiologie	DOYON, —
Accouchements	FABRE, —
Botanique	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SIRAUD.	BÉRARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOVE-JOSSERAND.	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, Président; DURAND, Assesseur;
MM. BÉRARD et VILLARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PONCET

Professeur de Clinique chirurgicale

Chevalier de la Légion d'honneur

Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

MEIS ET AMICIS

AVANT-PROPOS

C'est un devoir pour nous, avant d'entreprendre ce modeste travail, d'adresser tous nos remerciements à nos parents, qui ont bien voulu diriger nos pas pendant toutes nos études. Nos sentiments ne se traduiront pas par de vains mots, et notre reconnaissance, difficile à exprimer, demeurera toujours dans notre cœur de fils.

C'est à eux que nous dédions notre thèse, faible témoignage de gratitude et de profond amour.

Que notre sœur et notre beau-frère reçoivent aussi le témoignage de nos sentiments d'affection. Nous avons eu la preuve de leur entier désintéressement à notre égard, et, malgré la distance qui nous sépare, nos liens fraternels n'en demeurent pas moins étroits.

Nous nous souvenons volontiers de nos premières années d'études à Marseille, où il nous fut donné d'apprendre les premiers éléments de chirurgie sous la direction d'habiles maîtres. Nous prions plus spécialement M^r le professeur ROUX de Brignoles, dont nous avons été l'externe, d'agréer le tribut d'une sincère reconnaissance.

M^r le Docteur X. DELORE, assistant de M^r le professeur PONCET, nous a inspiré dans ce travail et a guidé nos premières recherches avec son amabilité dont il est coutumier. Nous ne saurions oublier sa bienveillante sympathie.

Nous avons retrouvé à Lyon un excellent ami, le docteur Eugène EMERIC, qui nous fut toujours précieux, très souvent utile. Qu'il soit assuré de notre amitié, il nous a montré que la sienne ne nous manquera jamais.

Avant de quitter Lyon, à nos camarades d'études et aux aimables personnes qui nous ont reçu dans leur intimité, nous adressons l'espoir de les revoir. Nous leur laissons le soin de se reconnaître dans ces lignes.

M^r le professeur PONCET nous a fait un très grand honneur en acceptant de présider à la soutenance de notre thèse. Qu'il nous soit permis de lui présenter ici l'expression respectueuse de notre profonde gratitude.

INTRODUCTION

Il nous a été donné d'observer, dans le service de M. le professeur Poncet, une malade atteinte de thyroïdite aiguë suppurée. Dès son entrée à l'hôpital on incisa sa tumeur, mais au bout de quelques jours, en présence d'accidents aigus récidivants, M. Delore pratiqua une thyroïdectomie. Peu de temps après, la maladie est sortie de l'hôpital complètement guérie de son affection.

Si l'on parcourt la littérature chirurgicale, on ne trouve pas de thyroïdectomie pratiquée dans le cas de thyroïdite aiguë suppurée. Aussi faut-il décrire cette opération qui a eu un plein succès entre les mains de M. Delore, et qui doit entrer dans la pratique des opérations que l'on fait sur le corps thyroïde.

Nous allons donc décrire la

THYROÏDECTOMIE DANS LES THYROÏDITES AIGÜES SUPPURÉES

Avant d'entreprendre cette étude, nous devons dire quelques mots sur les opérations que l'on pratique sur le corps thyroïde et faire l'anatomie pathologique des thyroïdites aiguës suppurées.

Ce sera là le premier chapitre de ce travail.

Dans un second chapitre nous passerons en revue le traitement des thyroïdites suppurées aiguës, tel qu'il est accepté actuellement.

Ensuite nous montrerons que si l'incision a des avantages dans certains cas, dans d'autres elle présente des inconvénients, et nous indiquerons que, quand l'incision seule ne donne pas de résultats, la THYROÏDECTOMIE ou la STRUMECTOMIE est indiquée et réussit.

Il nous faudra établir quand il y est indiqué de faire l'ablation du kyste enflammé et à quel moment on doit intervenir, c'est-à-dire :

Dans quel cas :

1° — *L'ablation doit être primitive d'emblée ;*

2° — *Dans quel cas l'incision doit être primitive et l'ablation secondaire ;*

3° — *Quand, après l'incision du début, il faut faire l'ablation secondaire post-fébrile.*

CHAPITRE PREMIER

Opérations que l'on pratique sur le corps thyroïde.

Dans un mémoire de 1883, Liebrecht pouvait compter les opérations du goître, mais aujourd'hui c'est par milliers que les faits s'ajoutent à la statistique. Disons tout de suite qu'en France, c'est à Lyon, centre situé au milieu des régions goïtrmogènes, que les études les plus intéressantes, les nouveautés thérapeutiques font leur apparition.

C'est autant parce que le goître est une maladie, à la fois disgracieuse et dangereuse, que le chirurgien est appelé à intervenir.

Cependant, nous n'allons pas parler, dans ce travail rapide, des traitements chirurgicaux qui ne sont guère plus audacieux que les traitements médicaux et peuvent servir de transition pour passer des uns aux autres, nous voulons parler des injections de substances irritantes, de l'électrolyse. Nous laisserons aussi de côté les ligatures atrophiantes des artères.

Nous parlerons des opérations principales qui se pratiquent sur le corps thyroïde, et qui sont :

L'extirpation totale, l'extirpation partielle, la résection, l'énucléation intra glandulaire modulaire de Socin, l'énucléation massive de M. le professeur Poncet.

La thyroïdectomie totale ne se pratique plus que dans le cas de nécessité absolue, où l'indication vitale prime les risques de dégradation post-opératoire.

Il est en effet bien établi, par la physiologie et par l'expérience clinique, que le minimum de tissu thyroïdien doit être conservé et que si on applique ce principe on ne voit plus de myxœdème post-opératoire de cachexie strumiprive de Kocher.

On est guidé dans le choix des opérations pour les lésions anatomo-pathologiques. Ainsi, on traite les goîtres charnus, dits encore parenchymateux ou mous, par la thyroïdectomie et par l'énucléation massive de M. le professeur Poncet, les goîtres plus anciens volumineux et polykystiques.

Il est indiqué d'opérer :

1° A titre *purement esthétique* et l'on doit expliquer les dangers courus à l'opéré ;

2° *D'urgence*, lorsque le goître s'accompagne de symptômes extrêmement pénibles, dyspnée et dysphagie, etc., et peut tuer rapidement par suffocation ;

3° Lorsque par son évolution, il peut faire prévoir des accidents à brève échéance.

Thyroïdectomie. — Soit une hypertrophie généralisée du corps thyroïde et l'ablation typique d'un

seul lobe. L'autre lobe s'atrophie d'ordinaire après l'opération (1). Telle est la *thyroïdectomie partielle*.

Cette opération est relativement bénigne puisque Kocher de Berne, sur 27 goîtres malins, rapporte 6 décès imputables aux opérations concomitantes (résection de la trachée, de l'œsophage, etc.), et sur 929 goîtres bénins il ne compte que 4 morts. Kraske de Fribourg en Brisgau a enlevé 400 goîtres et a eu une mortalité de 1/2 pour cent. (Revue de chirurgie de 1901, page 601).

Après l'anesthésie à l'éther, le cou étant tendu par un petit coussin dur placé derrière les épaules, on sectionne la peau par une incision en forme de croissant à concavité supérieure. On divise au bistouri les plans musculo-aponévrotiques en réclinant ou en coupant entre deux ligatures les jugulaires.

On divise transversalement les muscles cleido-hyoïdien et sterno-hyoïdien du côté où on se propose d'enlever le lobe du corps thyroïde. On arrive sur une mince couche de tissu conjonctif, c'est la capsule externe (enveloppe aponévrotique de Reverdin). On la sectionne et on introduit l'index dans la brèche; on isole la tumeur et on la luxé en procédant de dedans en dehors, ainsi que le préfère M. le professeur Pôncet, ce qui évite d'aplatir la trachée. Le goître luxé et sectionné, on lie veines et artères.

Quant à la *résection* elle consiste en la suppression d'une partie de thyroïde entre deux parties res-

(1). Jenny (Thèse de Lyon, 1891).

tantes de celles-ci. Ces parties restantes pouvant varier de siège et d'importance.

Suivant les auteurs (Mickulicz, Hahn, Ostermayer, Zôge von Manteuffel), on a des variantes d'une importance plus ou moins grande.

L'énucléation intra glandulaire ou *strumectomie* (de Socin), est basée sur l'existence de goîtres enkystés. On enlève la tumeur en l'extrayant de sa coque glandulaire.

On fait une longue incision linéaire suivant le bord antérieur du sterno-mastoïdien afin d'avoir un jour suffisant. Pour éviter « le jambonnage » de la plaie on divise une série de couches de tissus cellulaires très minces. Arrivé sur la glande thyroïde on fait une boutonnière à la capsule et avec le doigt on sépare les parois auxquelles elle a adhéré. « Pour cela il faut marcher rondement, car dès le début, l'hémorragie commence et ne peut être réprimée que lorsque l'énucléation est terminée ».

L'énucléation massive de M. le professeur Poncet consiste dans l'ablation de la plus grande partie des tissus d'un lobe thyroïdien, en opérant sur la capsule propre le plus possible, au moins du voisinage des pédicules (In Th. Bérard, page 265).

Le parenchyme du lobe n'est jamais enlevé car la capsule adhère intimément et pénètre dans le tissu sous-cortical.

Dès qu'on est arrivé sur la tumeur, après l'incision de la coque glandulaire, on trouve facilement le plan de clivage qui permet de séparer en bloc, d'avec le tissu thyroïdien, toute la masse kystique.

Ces quelques opérations principales pratiquées sur le corps thyroïde, que nous venons de passer en revue, se font dans les cas d'affection chronique de la thyroïde, dans les goîtres.

Il nous faut examiner les opérations pratiquées dans les cas de thyroïdites aiguës, mais avant il est bon de faire l'anatomie pathologique de ces thyroïdites pour bien comprendre comment elles doivent être traitées.

Anatomie pathologique des thyroïdites aiguës.

— On divise ordinairement les thyroïdites suppurées aiguës en deux variétés : les *thyroïdites* vraies parenchymateuses diffuses, envahissant une glande saine, en totalité ou en partie, les *strumites* ou inflammation localisée aux noyaux ou kystes thyroïdiens.

La plupart des thyroïdites suppurées sont des strumites dans lesquelles le pus est inclus primitivement dans des noyaux goitreux énucléables. Les cinq dernières thyroïdites observées dans le service de M. le professeur Poncet, et traitées par l'incision de la poche purulente (4 cas), ou par la strumectomie (1 cas), étaient manifestement des kystes suppurés (Delore). Cette proportion n'est pas discutable à Lyon.

Dès le début, la cavité purulente est franchement limitée par une coque dans les strumites, ce qui est une condition favorable pour une évacuation simple. Cette paroi est malheureusement rigide, quoique en quelques jours elle se détruit par un travail de dissociation du pus, et se désagrège peu à peu sous forme de grumeaux.

La paroi du kyste enflammé avait un demi-centimètre d'épaisseur dans l'observation I de Kümmer, un centimètre dans l'observation II ; sa consistance était fibreuse et il y avait de l'hyperhémie du côté de l'intérieur du kyste. On notait l'irrégularité de la face interne, des bosselures, des excroissances papilliformes fortement vascularisées. On apercevait sur la coupe quelques noyaux de tissu colloïde séparés les uns des autres par du tissu glandulaire normal.

Après durcissement à l'alcool, M. le professeur Langhans et le docteur Howald constatèrent microscopiquement « que la paroi de l'abcès était formée par le tissu d'un goître colloïde, avec alvéoles plus ou moins grandes, renfermant de la matière colloïde. Entre les alvéoles il n'y avait que peu de stroma d'aspect normal. A la face interne se trouvait une large zone de tissu nécrosé. Là, les noyaux se coloraient très mal, le tissu renfermait beaucoup de leucocytes multinucléaires ; on y remarquait par endroit beaucoup de vaisseaux très dilatés sans endothélium distinct et remplis de corpuscules rouges.

Dans les vaisseaux de la couche externe du kyste pas de germes pathogènes, mais on les trouvait dans ceux de la face interne.

Ainsi ce tissu périthyroïdien s'enflamme pour son propre compte et a tendance à gagner du terrain.

Quant au pus, ordinairement louable, d'après Lebert, il serait au contraire fétide et mélangé avec du sang d'après Bauchut. Dans les observations de

Kümmer le contenu kystique était de la matière colloïde hémorragique de couleur brun noir et de consistance gélatineuse.

Dans deux cas de thyroïdites suppurées publiés par MM. Bérard et Genevet, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* (12 juillet 1900, page 656), ces auteurs ayant constaté que le pus était amicrobien, pensent que la glande thyroïde sécrète une substance antimicrobienne.

Lebert a pu examiner des thyroïdites qui ont occasionné la mort du malade sans avoir suppuré, c'est-à-dire au début, et il signale dans un cas une teinte congestive de la glande et des points hémorragiques. La suppuration va se produire en ces points les plus rouges du corps thyroïde. Daniel Mollière, Laure, disent que le pus reste longtemps infiltré, mais qu'à la coupe on le voit sourdre du parenchyme enflammé et, grâce au microscope, on s'aperçoit qu'il siège dans les travées conjonctives. Ce pus peut se limiter et se collecter en une poche ou plusieurs séparément, ou, au contraire, il peut fuser de toutes parts en détruisant les lobes glandulaires, les isoler, et ceux-ci se nécrosent dans ces milieux liquides septiques.

La glande n'est pas toujours envahie en entier dans la *thyroïdite vraie* et l'affection peut être limitée à un seul lobe. Mais là encore, quand les travées congestives sont envahies par le pus, le tissu thyroïdien est disséqué; de gros blocs glandulaires sphacelés baignent dans ce magna et, au bout de quelque temps, présentent au toucher des

crépitements gazeux. Si on ouvre la collection, il se dégage une odeur fétide repoussante. Autour des blocs glandulaires se produisent des décollements périglandulaires qui suppurent aussi.

On a donc à dégager de l'anatomie pathologique qu'il y a inflammation de la glande thyroïde, c'est-à-dire *thyroïdite*, et inflammation périglandulaire, c'est-à-dire *périthyroïdite*.

Il est à prévoir que si la chirurgie n'intervient pas, les désordres vont toujours croissant puisqu'ils avancent sans cesse vers la périphérie. Nous en parlerons bientôt en montrant les avantages de la thyroïdectomie empêchant ces complications.

Voyons avant ce qu'on a fait jusqu'à ce jour comme traitement des thyroïdites suppurées aiguës.

CHAPITRE II

Traitement des thyroïdites suppurées aiguës.

**Traitement médical et chirurgical tel qu'il est accepté
actuellement.**

Faut-il toujours traiter chirurgicalement cette affection, ou est-il permis de s'abstenir dans certains cas ?

Ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle est capable d'entraîner la mort presque immédiate occasionnée par accident de compression avant toute suppuration (cas de Lebert, Risdon, Bennet et Virchow), car elle peut se terminer par résolution (Observation de Gaillard : Thyroïdite grippale terminée par résolution — Société médicale des hôpitaux). Mais ces cas heureux ne sont pas la règle non plus, elle peut avoir comme fin l'induration, la suppuration et la gangrène, aussi ne faut-il pas compter sur l'expectative.

Etablissons dès maintenant que le traitement actuel des thyroïdites aiguës est insuffisant.

Que dire du traitement médical?

Il sera vite jugé à cause de son inutilité, car il ne réussit que lorsque la non intervention donne des résultats. On a essayé autrefois les frictions avec longuent napolitain belladonné au début. On a appliqué des compresses résolutives; on n'a pas obtenu grand chose. Peut-on compter sur le salicylate de soude dans le cas où la thyroïdite est d'origine rhumatismale, et sur le sulfate de quinine dans le cas où elle est d'origine paludéenne? Il est toujours bon de tenter cette indication, dite spécifique, quand il y a de l'hyperthermie. Le malade se trouvera toujours soulagé par un abaissement de la température que procureront ces médicaments agissant sur la fièvre. Mais sur ce traitement, il ne faut y compter que comme adjuvant.

Les différents traitements chirurgicaux employés sont: la *ponction*, *l'incision*, *l'extirpation du lobe suppuré*, enfin la *strumectomie* dans les cas de strumites, et la *thyroïdectomie* dans les cas de thyroïdite.

Il s'agit d'établir la présence du pus, ce qui est quelquefois difficile, car le début de la thyroïdite peut être brusque et peut s'établir d'une façon insidieuse.

Par la palpation méthodique on arrive le plus souvent à circonscrire la tumeur et à apprécier son volume qui peut être variable.

Dans les cas où le tissu parathyroïdien est enflammé, la tuméfaction est plus diffuse, ses contours sont moins nets, aucune modification dans la

position de la tumeur n'est amenée par les mouvements de déglutition. Quoiqu'il en soit, supposons qu'on ait mis le doigt sur la collection. Il faut aller directement sur elle.

M. Duguet *fait la ponction* évacuatrice simple avec un trocart et aspire le pus à l'aide d'un appareil de Potain (1). Ce procédé qui semblerait employé à juste titre dans certains cas, présente l'avantage de ne pas laisser de cicatrice et d'être facile à employer, mais le kyste va se remplir de nouveau et cette réplétion amènera avec elle une série d'accidents, sans amener la guérison définitive.

Aussi, faut-il inciser franchement dans le point le plus déclive, quand le goître n'est pas en arrière du sternum, et vider l'abcès par tous les moyens, malaxation et pression.

Il ne faut pas avoir peur de faire de grandes incisions qui ont toujours l'avantage de donner du jour et de permettre un écoulement plus facile du pus. Quant à la direction que l'on doit donner à l'incision, elle est déterminée par les circonstances du moment, telles que le siège de l'abcès, son maximum de fluctuation, le point où la cicatrice consécutive pourra le mieux être dissimulée. Pour éviter que la brèche ne se referme tout de suite, en retenant la suppuration, on drainera soigneusement la plaie et on surveillera son accolement postérieur.

La ponction et surtout l'incision sont les traitements logiques et obligés, commandés par le sim-

(1). In thèse Rascol.

ple bon sens, et on agit comme on agirait en présence d'un abcès chaud, en procédant couche par couche et méthodiquement pour arriver à faire sourdre le pus.

Mais souvent on n'obtient pas les résultats qu'on était en droit d'attendre, aussi un traitement plus efficace a été proposé par Kümmer en 1891 (*Revue de chirurgie*), pour deux cas de strumite d'origine hémotogène.

Ce traitement devait répondre aux espérances de son auteur, car il supprimait toute la partie enflammée.

Le premier cas est le type d'un foyer métastatique de l'infection primaire, laquelle a son siège dans le canal intestinal. C'est une thyroïdite aiguë consécutive à une fièvre thyphoïde.

Le deuxième cas se rapporte à une strumite infectieuse par résorption sans foyer primaire évident, c'est une strumite après accouchement. Dans les deux cas, la guérison a suivi l'opération de quinze à vingt jours.

Observations de Kümmer

(In « Revue de chirurgie », 1891. Kümmer, Privat docent de chirurgie à Genève, chirurgien de l'hôpital Buttini, et Tavel, Privat docent de chirurgie à Berne, chef de laboratoire de bactériologie).

Deux cas de strumite d'origine hématogène, leur étiologie et leur traitement.

OBSERVATION I. — (Strumite typhique).

M^{lle} Lina R..., vingt-six ans, entre, comme cas d'urgence, à l'hôpital Buttini, à Genève, le 6 octobre, 1890. Elle souffre d'une dyspnée considérable survenue à la suite d'une enflure du cou. Dès l'âge de 12 ans, la malade a eu le cou gros, surtout le côté droit; différents onguents et frictions n'amenèrent aucune diminution de ce que la malade considérait comme un goître. En faisant de gros ouvrages et en montant les escaliers, elle a le souffle court et sent vite la fatigue dans les jambes. Huit jours avant son entrée à l'hôpital, la malade fut, sans cause apparente, atteinte de maux de ventre et de diarrhée, attribués par elle à des raisins. Malgré l'emploi de médicaments, le dérangement intestinal persévéra, accompagné de fièvre, jusqu'à la veille de l'entrée à l'hôpital.

Deux jours après le commencement de ce dérangement, la malade sentit des douleurs dans le côté droit du cou, qui, peu à peu, enfla considérablement. La douleur s'irradia pres-

que derrière l'oreille droite ; l'enflure augmenta encore, la peau devint infiltrée, douloureuse à la pression, en même temps que la malade se sentit oppressée, au point de ne plus pouvoir rester étendue dans son lit. Il y a quatre ans, la malade souffrit d'un rhumatisme articulaire aigu qui guérit complètement sans répercussion du côté du cœur. A part cela, l'état général de la malade a toujours été bon.

Une photographie a été prise au moment de l'entrée de la malade ; celle-ci a l'air souffrante ; la respiration, 45 ; le pouls, 135 ; température, 38°3. Le cou est tuméfié, surtout du côté droit ; à cet endroit, la peau d'aspect normal, mobile, est légèrement infiltrée ; la pression avec le doigt est douloureuse. Le muscle sterno-cleido-mastoïdien est soulevé, la carotide déjetée en arrière ; on ne peut pas palper l'artère thyroïdienne supérieure ; le larynx est déjeté à gauche, sa ligne médiane se trouve dans le prolongement d'une verticale partant de l'angle interne de l'œil gauche ; la tuméfaction du côté droit du cou est de consistance dure, partout égale à sa surface lisse ; la tumeur monte un peu par la déglutition ; du côté gauche du larynx et de la trachée se trouve également une tuméfaction, mais de consistance beaucoup plus molle que celle du côté droit et qui n'est point douloureuse à la pression. La voix n'est pas rauque. A l'inspection du palais, on ne remarque rien d'anormal. Au laryngoscope, on constate une torsion évidente du larynx, avec sa partie postérieure à gauche. Les mouvements des cordes vocales sont normaux ; point d'infiltration de la muqueuse. Sur les deux poumons, on entend des râles secs ; sur le cœur, bruit systolique, mais pas de signe évident de vice du cœur. Nous admettons une strumite du lobe droit de la glande thyroïde et, le lendemain, nous procédons à l'extirpation de ce lobe.

L'examen bactériologique révèle la présence du bacille d'Eberth.

OBSERVATION II

M^{me} R..., 31 ans, entre à l'hôpital Buttini, le 17 septembre 1890, pour une enflure au cou accompagnée de douleur qu'elle fait remonter au 15 juillet 1890, date de ses quatrièmes et dernières couches.

Jeune fille, la malade avait déjà le cou gros et, après son mariage, le cou grossissait avant chacune de ses couches pour diminuer ensuite.

Après les dernières couches, le cou, au lieu de diminuer, augmenta de volume en causant de la dyspnée. Les couches avaient été normales, à l'exception d'une hémorragie qui se manifesta quelques jours après, mais cessa promptement sans aucun traitement spécial.

Le 22 août dernier, à deux heures de l'après-midi, la malade fut, sans cause apparente, prise d'un frisson qui dura deux heures. Peu après, le cou commença à enfler et à devenir douloureux à la pression, surtout du côté gauche ; les douleurs s'irradient jusque derrière l'oreille gauche.

L'application de compresses, de pommades, calma peu à peu les douleurs ; cependant, la malade, dont la respiration était bien gênée, vint nous consulter vers le 15 septembre. Elle ne connaît aucune cause à cette brusque crise, survenue le 22 août, et dit expressément n'avoir souffert, à ce moment, ni de diarrhée, ni d'angine, ni de laryngite ; elle est convaincue que c'est à ses dernières couches qu'il faut imputer l'affection du cou. A l'examen, la malade présente les symptômes suivants : le cou est enflé, particulièrement du côté gauche, où la peau est infiltrée et légèrement rougeâtre ; cette tuméfaction monte et descend lors de la déglutition ; le

muscle sterno-cleïdo mastoïdien est soulevé; l'artère carotide gauche déjetée en arrière. La tuméfaction est de consistance dure, sa surface bosselée, douloureuse à la pression; le bord de la tumeur arrive jusqu'au milieu de la hauteur du cartilage thyroïde; il n'est pas possible de palper le pourtour inférieur de la tumeur, même lors de la déglutition. La tumeur plonge derrière la clavicule où elle produit une matité jusqu'au point d'insertion de la deuxième côte. Du côté droit de la trachée, on sent le lobe droit de la glande thyroïde, de volume à peu près normal, de consistance molle et contenant quelques noyaux plus durs. Derrière le muscle sterno-cleïdo-mastoïdien droit, on sent une série de petits noyaux qui pourraient correspondre à des glandes lymphatiques engorgées. A l'inspection du palais, on ne constate rien d'anormal.

L'application de cocaïne n'empêche pas la malade d'être très sensible à l'examen laryngoscopique, on peut cependant constater que la mobilité de la corde vocale gauche est normale. Les poumons, le cœur et l'abdomen ne présentent rien d'anormal. La malade n'a pas de fièvre. Tout porte donc à croire que l'on a affaire à une strumite développée dans le corps inférieur de la glande thyroïde gauche. La malade n'ayant pas de fièvre, on se contente de combattre, pendant la première quinzaine de son séjour, les symptômes d'inflammation locale par des pommades et des compresses. Aucune amélioration n'étant survenue, la malade accepta alors une opération; opération qui eut lieu le 1^{er} octobre 1900.

*
* *

Voici en quelques mots la *technique opératoire* employée par M. Kümmer.

Incision entamée, en forme d'angle, le rayon supérieur oblique de haut en bas, le rayon intérieur

vertical . — Peancier, muscles sterno-thyroïdiens sont sectionnés. Les vaisseaux thyroïdiens coupés entre deux ligatures, puis on décolle le corps thyroïde en passant par la partie postérieure. On voit alors apparaître au pôle inférieur l'artère thyroïdienne inférieure, qui est, elle aussi, isolée et coupée entre deux ligatures. Au niveau de l'isthme, une forte ligature en masse est pratiquée. On isole le lobe qu'on va enlever entre deux ligatures à l'aide du thermocautère.

Suit la désinfection de la plaie avec une solution de sublimé et sa fermeture sans drainage par une suture de soie.

Le moignon, derrière la ligature en masse, se nécrose et est expulsé sans fièvre.

Certes, cette opération a des avantages. Ne serait-ce que la netteté qu'offre le champ opératoire, qui n'est souillé ni par le sang, puisqu'on lie les vaisseaux par avance, ni par le pus qui n'est pas vidé au milieu de la plaie, puisqu'il est enkysté et qu'on enlève le kyste en entier, on doit comprendre l'enthousiasme qu'a eu ce mode de traitement. Cependant M. Nicaise ne peut accepter que l'extirpation soit posée en principe comme traitement de la thyroïdite ; il conseille l'incision, réservant l'extirpation aux cas particuliers où la dyspnée intense rend l'opération nécessaire, et il conseille la ponction avec aspiration suivie ou non de curettage.

Dans les thyroïdites, parenchymateuses « il n'est pas nécessaire d'ajouter, dit Kümmer, que l'extir-

pation du goître ne doit jamais être bilatérale pour ne pas amener des symptômes de la cachexie strumiprive ».

Il semble que Kümmer aurait dû faire la strumectomie dans ces cas et nullement une thyroïdectomie. C'est une strumectomie intrafébrile à proprement parler que pratiqua M. Delore dans le service de M. le professeur Poncet.

Décrivons l'opération pratiquée par M. Delore.

Incision de la peau. — Le tracé n'a pas une grande importance; ce sera celui que l'on fait dans les cas où on pratique des opérations sur le corps thyroïde. On pourra faire une incision en V, en T, en $\neg$ renversé, comme Bosca l'habitude de le faire. Cet auteur donne aussi quelquefois à la branche horizontale de l'L renversé une direction oblique en haut et en dehors.

Dans le cas de M. Delore, ce fut une incision cruciale qui fut faite. Vorcin et Cabanet (de Saint-Malo) en sont partisans. Berthier lui fait décrire un S, Monod, Chenieux un T renversé. Labbé, Tillaux, Peyret, Bouilly, Sarositzky, etc., lui donnent la forme d'un U ou la suivante $\backslash _ /$.

Le point capital n'est pas là. Il faut sentir le point fluctuant et arriver jusqu'à lui.

Méthodiquement, on incisera les plans musculaires et on arrivera jusqu'à la capsule thyroïdienne.

Supposons que l'abcès siège directement sous elle et soit unique. On l'énucléera à l'aide du doigt comme si on pénétrait sous une épaisseur telle que l'écorce d'une orange.

Si l'abcès est séparé de la périphérie de la glande par le tissu thyroïdien lui-même, il faudra inciser ce dernier. Mais alors l'hémorragie inonde le champ opératoire et ce n'est plus que par le doigt qu'on doit être guidé dans l'opération.

L'incision de la glande saine devra être limitée par la sensation que fournira le bistouri arrivant sur l'enveloppe de l'abcès.

Si au milieu du parenchyme de la glande, au lieu d'une collection purulente, il s'en trouve plusieurs disposées en ilots, on ira de l'une à l'autre en incisant le parenchyme glandulaire et en vidant le contenu par l'extraction de la poche entière sans l'ouvrir.

Ce traitement s'applique simplement aux strumites.

La conduite à tenir en présence des strumites nous paraît donc fort simple.

Le traitement radical doit consister dans une strumectomie dont nous verrons dans un instant l'application.

Si maintenant on a affaire à des thyroïdites vraies diffuses, la seule opération radicale consisterait dans la thyroïdectomie partielle, telle qu'elle fut pratiquée par Kümmer.

Les indications de cette intervention à chaud nous paraissent encore beaucoup plus rares que celles de la strumectomie intrafébrile.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le Dr H. Delore, ancien chef de clinique, assistant de la clinique chirurgicale de M. le professeur Poncet).

F. N..., 36 ans, ménagère, née à Sevrey (Saône-et-Loire), demeurant à Collonges-sur-Saône, entre le 5 juin 1902, à 10 heures du soir, à la clinique de M. le professeur Poncet. Elle est atteinte de graves accès de suffocation, dépendant d'une strumite rétro-sternale suppurée.

Mariée, a eu six enfants, dont deux jumeaux morts assez rapidement, les quatre autres bien portants. Le dernier accouchement date de quatre ans. Règles normales.

Le cou est un peu plus gros depuis plusieurs années ; toutefois, rien n'attirait l'attention de cette femme qui nie avoir été affectée d'un goître.

A noter une fluxion de poitrine assez sérieuse, il y a trois ans, et cet avoué que cette maladie a laissé après elle une certaine gêne respiratoire. Tous ces troubles relèvent, à n'en pas douter, d'un certain degré de compression trachéale, mettant le poumon en imminence d'infection.

Les dernières règles ont apparu il y a douze jours.

Les accidents actuels ont débuté, il y a quatre jours, par une vive douleur dans la région sous-hyoïdienne et rétro-sternale ; la respiration devenait rapidement embarrassée, fréquente, et la voix prenait l'enrouement et le timbre spécial qu'on a qualifiés, à juste titre, de voix goîtreuse. En même temps, les plans sous-sternaux augmentaient de volume et les téguments prenaient là, peu à peu, une rougeur lymphatique.

Au moment de l'entrée, le 6 juin, la dyspnée est intense, avec cyanose. Respiration — 40 par minute, avec tirage sus-claviculaire.

Ces troubles respiratoires apparaissent menaçants dès que cette femme s'agite ou fait quelques mouvements. La voix est voilée. Le pouls a 110. La température est de 39° le matin.

En avant du cou, et au-dessus de la fauchette sternale, on constate une tuméfaction rouge, douloureuse, immobile, même pendant les mouvements de déglutition. Quant à la trachée et au larynx, ils sont cachés au milieu de la tuméfaction générale.

Les carotides battent en arrière et en dehors.

Aussitôt après une anesthésie superficielle avec l'éther, M. Delôre pratique rapidement une incision médiane sus-sternale sans s'attendre à l'hémostase des grosses veines thyroïdiennes, qui donnent des jets de sang analogues à celui d'une radiale, il écarte la peau, les muscles et incise enfin la glande thyroïde en un point plus saillant, mais à peine fluctuant. Plongé à une profondeur de 3 à 4 centimètres dans le parenchyme glandulaire, le bistouri donne enfin issue à la sérosité purulente, horriblement fétide, contenant en suspension quelques grumeaux d'aspect caséux.

La malade respire dès lors plus facilement, et sa voix reprend sa clarté et sa force. Quelques minutes après, l'hémorragie s'était arrêtée d'elle-même. Un gros drain, des mèches de gaze sont placées dans la cavité qui s'insinue derrière le sternum, à une profondeur de 15 à 20 centimètres au moins, et qui est tapissée dans toute son étendue par de grosses végétations verdâtres, et trop adhérentes pour qu'on puisse songer à les détacher avec le doigt ou un instrument moussé.

Le pus examiné au laboratoire de la chirurgie, par MM. Dor

et Maillard, contenait surtout des streptocoques mélangés à quelques cocci.

16 juin 1902. — La température est tombée assez rapidement à 38° dès le deuxième jour.

Les accidents de suffocation n'ont plus reparu. Malheureusement, depuis le 11 juin, le thermomètre oscille entre 39°3 et 38°6. Depuis deux jours, la toux a pris un caractère inquiétant ; elle est continuelle, coqueluchoïde la nuit. Enfin, la malade accuse un point de côté gauche.

A l'auscultation, on constate des râles sibilants dans les deux poumons et de la submatité avec respiration soufflante au niveau de la base gauche.

Le drain pénètre toujours à une profondeur de plus de 15 centimètres en arrière du sternum. La cavité n'a aucune tendance à la rétraction, malgré les pansements fréquents, et la rétention du pus est manifeste à chaque pansement.

La malade refuse l'anesthésie. M. Delore pratique une *ablation du kyste*, une énucléation intra-glandulaire, après avoir agrandi l'incision primitive par deux incisions en forme de croix. La seule difficulté consiste à trouver le plan de clivage entre le tissu thyroïdien et la paroi kystique. Pour y parvenir, M. Delore doit introduire, à différentes reprises, l'index gauche dans le kyste lui-même. Mais, en somme, après quelques tâtonnements qui tiennent surtout à l'hémorragie en nappe qui voile le champ opératoire, l'opération devient très simple. Le doigt décolle peu à peu les côtés de la paroi (occupant le lobe droit de la thyroïde), puis la face inférieure que M. Delore fait basculer peu à peu au-dessus du sternum, enfin la face postérieure. Cette manœuvre de décollement avec le doigt n'a pas paru à l'opérateur plus compliquée que dans les strumectomies à froid.

Pansement à plat de la loge, limitée de toutes parts par du tissu thyroïdien congestionné.

Guérison rapide et sans aucun incident. Le kyste enlevé a une épaisseur de deux centimètres au moins. De grosses végétations font saillies sur la face interne. Cette face est couverte de détritüs sphacelés qui communiquent à la pièce une odeur de putrilage infect. L'élimination de tous ces produits aurait, sans doute, exigé de longs mois, avec tous les dangers qui en sont la conséquence de cette durée de la suppuration.

La malade est très bien portante le 31 juillet.

Ainsi, comme opérations pratiquées dans les cas de thyroïdites aiguës, nous avons :

L'ablation du lobe suppuré, l'incision, la thyroïdectomie.

Nous avons dit plus haut ce qu'il faut penser de l'ablation du lobe suppuré (opération de Kümmer). Quant à l'incision, nous allons voir bientôt quels bénéfices on peut attendre d'elle, et, puisque nous sommes partisans de la thyroïdectomie dans les thyroïdites aiguës suppurées, essayons de montrer pourquoi cette opération doit être faite.

CHAPITRE III

Les avantages de l'incision ; ses inconvénients dans quelques cas.

Avantages de la thyroïdectomie ou de la strumectomie dans le cas où l'incision ne réussit pas.

Puisque nous avons établi que l'incision s'impose dans la majorité des cas, examinons quels avantages immédiats elle procure au malade.

C'est ordinairement d'urgence que le chirurgien est appelé à inciser les abcès collectés dans la glande thyroïde. Dès les premiers symptômes de la formation du pus, ces strumites, en raison de la gravité des phénomènes de suffocation par compression de la trachée et des accidents inhérents à toute collection purulente sous-thyroïdienne, offrent un tableau alarmant, l'état général est inquiétant: dyspnée intense, inspirations fréquentes, tirage sous-claviculaire, cornage, pouls précipité, température élevée. Parfois on a une toux sèche, une expectoration sanglante, des nausées et des vomissements, que Hardy explique par l'irritation du pneumo-

gastrique. Si on pratique une incision au point le plus saillant, mais déjà fluctuant, en procédant méthodiquement, couche par couche, et plongeant le bistouri à une profondeur variant entre 2 et 4 centimètres, cette ouverture donne issue à de la sérosité purulente, horriblement tétide et contenant en suspension quelques grumeaux d'aspect caséeux. A partir de ce moment, le malade respire plus facilement, la voix qui était voilée reprend sa force et sa clarté, et l'hémorragie des grosses veines thyroïdiennes qui donnaient des jets de sang analogues à celui d'une radiale, au moment de l'incision, s'arrête d'elle-même.

Ces phénomènes, rapportés au long dans l'observation III de notre malade, se produisent toutes les fois qu'on pratique l'incision. Habituellement, une fois le pus évacué, la guérison est rapide ; elle est plus lente s'il y a élimination de fragments glandulaires mortifiés (Thyroïdites disséquantes), et si on laisse l'ouverture se faire spontanément elle est plus lente encore et traîne pendant des semaines (cas de Franck, obs. de Viannay).

Mais qu'arrive-t-il après les évacuations précoces ? Le kyste avec sa paroi intacte persiste et n'a pas de tendance à s'éliminer spontanément. En général, plus l'incision aura été commandée tôt, plus la profondeur du kyste sera grande, parce que ce sont précisément les strumites retro-sternales très profondes qui réclament une thérapeutique aussi énergique. Dès lors l'écoulement du pus est insuffisant, malgré le drainage, l'emploi de mèches, l'aspiration,

car il siège dans une sorte de cuvette. Le pus stagne parce qu'il ne peut être éliminé par une ouverture faite au point déclive de la paroi de l'abcès. Il s'en suit que la durée de la suppuration va rester indéfinie, parce que la paroi rigide kystique peu rétractile, sans tendance à l'élimination spontanée, entretient cette suppuration rebelle à tous les lavages modificateurs possibles. On peut voir, par comparaison, qu'il en est ainsi dans kystes du foie ouverts spontanément ou après suppuration.

Plus tard, après une inflammation aiguë, la glande ne revient pas toujours à son état normal, et cette inflammation passe à l'état chronique, puis devient goître fibreux.

Le plus souvent le pus qui stagne a de la tendance à marcher vers la peau, mais il peut aller vers la profondeur envahissant les plans cervicaux. Il se fait jour dans la trachée, l'œsophage, la cavité pleurale, le médiastin antérieur, le médiastin postérieur.

D'après Marchant, la fréquence de l'ouverture du foyer suppuré dans un organe du cou ou dans le thorax a été ainsi : médiastin antérieur (1 cas Luelle), postérieur (1, Lebert), cavité pleurale (1, Lebert), œsophage (2, Kocher), larynx (1, Lebert), trachée, 9 cas; 1 de Kocher, 6 de Riberi, 1 de Weil, 1 de Krishaber.

L'ouverture de l'abcès dans les voies aériennes (Montaggia, Baillie) est grave, mais non toujours mortelle; 3 fois Riberi l'a vu se terminer par la guérison. C'est à la suite d'accès de suffocation, d'une quinte de toux que le pus s'évacue.

L'ouverture de l'œsophage, terminaison par vomique, est rare.

Lorsqu'il y a diffusion de l'inflammation autour de la glande thyroïde et de là dans la médiastin antérieur, la maladie se termine presque toujours par la mort (obs. de Monteggia, Burus), et il y a encore plus de chances qu'elle soit fatale si la plèvre est perforée.

On a noté des ulcérations de la carotide et de la jugulaire interne par le kyste thyroïdien suppuré. La mort par hémorragie est généralement très rapide (observation de Lyons, Société anatomique, 1886).

La terminaison par gangrène est assez fréquente (Zipp, Lœvenhardt, Wimpl, Riberi, Eulembourg, Middeldorf). Après l'ouverture de la poche qui a un aspect extérieur rouge, violacée, distendue par des gaz dont la crépitation rend la présence évidente, on voit au milieu d'un pus infect, la thyroïde à peu près sphacélée en entier. Cependant, dans ces cas encore, on observe des guérisons (4 sur 7, Lebert). On peut aussi redouter des phlébites, la pyohémie comme dans toute inflammation très prolongée.

Ce pus situé dans une poche qui ne se vide pas, peut s'enkyster de nouveau parce que l'abcès se renferme par cicatrisation de sa coque, dès lors les accidents du début peuvent se renouveler et le malade se trouve dans les mêmes conditions qu'avant l'opération.

Dans les thyroïdites vraies, totales ou partielles, les désordres peuvent être tels qu'une incision simple ne suffit pas à amener la guérison, on a

alors de gros blocs glandulaires, sphacelés, infiltrés de pus qui baignent au milieu de foyers suppurés. Le drainage est inefficace parce que les portions périglandulaires offrent des surfaces suppurantes.

Enfin, tant que le pus persiste et tant que dure son élimination lente, le malade est exposé à des bronchites, à des broncho-pneumonies infectieuses par continuité. (La malade que nous avons observée présentait quelques jours après la première incision des râles sibilants dans les deux poumons à l'auscultation, et de la submatité avec respiration soufflante au niveau de la base gauche). La pleurésie peut aussi se produire par la voie lymphatique.

La thérapeutique poursuivie par le chirurgien, dans ce cas, doit être d'extirper la poche purulente contenue et contenant sans atteindre le tissu thyroïdien et c'est précisément le résultat que l'on obtient par l'ablation du goître suppuré, soit par la thyroïdectomie partielle, si on a affaire à des thyroïdites vraies, soit plus souvent par la strumectomie, si on a affaire à des strumites.

Ce précepte n'est-il pas admis sans conteste, pour la trompe, les ganglions, les glandes de Bartholin, les kystes sébacés ? La glande ou le kyste thyroïdiens enflammés sont supprimés comme on supprime un ganglion ou une trompe qui entretiennent de la rétention septique ; malgré les incisions et les drainages réalisés aussi parfaitement que possible.

Le foyer suppuré enlevé on met du tissu sain en présence, ce qui facilite son accolement et met la

glande en état de fonctionner comme avant l'infection. Il n'y a plus de récurrence à redouter.

M. Delore fit toutes ces réflexions en présence de la malade atteinte de strumite aiguë suppurée retro-sternale d'origine streptococcienne. Après une large incision faite d'urgence au moment de l'entrée, il y eut disparition rapide de la suffocation et abaissement de la température, mais, le cinquième jour le thermomètre remontait à 39° et oscillait entre 39°,3 et 38°,6, des râles sibilants s'établissaient, l'état général était mauvais, l'état de la plaie inspectée à l'aide du doigt présentait une cavité profonde anfractueuse tapissée de végétations adhérentes. A ce moment là M. Delore se décida à intervenir et pratiqua la strumectomie intra-fébrile dix jours après la première intervention et obtint une guérison rapide et sûre.

Kummer, dans ses considérations sur le résultat de la résection du lobe atteint dit que : « En principe, l'extirpation, si possible, sans ouverture du kyste, doit être considérée comme le traitement idéal, car ce traitement supprime le foyer de la maladie en mettant aussi le malade à l'abri d'une suppuration très prolongée et d'une récurrence, ce qui est à craindre toutes les fois que le traitement n'a consisté qu'en une simple incision. »

Ce traitement idéal semble réalisé puisqu'on libère la poche purulente sans l'ouvrir. Il n'est applicable que dans quelques cas exceptionnels, la thyroïdectomie en somme nous paraissant rarement indiquée, ainsi que nous le dirons au chapitre IV.

Les inconvénients que l'on peut trouver à cette méthode radicale sont plutôt théoriques que réels. Est-ce l'hémorragie qui est à redouter ? Non, car elle s'arrête au bout de peu de temps, et nécessite simplement un peu de compression avec des tampons. Le choc opératoire est-il intense ? Moins qu'on ne le croit à priori. La gravité de l'opération est aussi plutôt apparente que réelle.

En raison des avantages incontestables qu'elle procure : suppression du foyer de retention, unification d'une cavité infectée, pansée à ciel ouvert, suppression d'accidents survenant à titre de complication, surtout du côté de l'appareil respiratoire, cette opération est digne d'attirer l'attention des chirurgiens français qui ne semblent guère l'avoir pratiquée jusqu'à ce jour.

Supposons-nous en présence de strumite ou de thyroïdite et voyons dans quel cas il y aura indication de pratiquer soit une strumectomie soit une thyroïdectomie.

CHAPITRE IV

**Indication sur l'ablation (comprenant la thyroïdectomie
et la strumectomie) :**

- 1° — Ablation primitive ;**
- 2° — Incision primitive et ablation secondaire,
période intra-fébrile (à chaud) ;**
- 3° — Incision et ablation secondaire post fébrile
(à frigore).**

A quel moment faut-il opérer ?

Faut-il faire une ablation primitive, ou bien une incision primitive suivie d'une ablation secondaire dans la période intra-fébrile consécutive, ou bien encore faut-il inciser et pratiquer l'ablation après la période fébrile ?

Puisque l'on est en présence d'une poche purulente n'ayant aucune tendance à éliminer ou à détruire son contenu sans intervention et pouvant occasionner des accidents, il est indiqué que le chirurgien doit toujours agir.

L'ablation primitive, tout à fait au début, au

moment où il n'y a qu'une teinte congestive de la glande et des points hémorragiques, c'est-à-dire quand les symptômes de thyroïdites débutent et que l'on perçoit un noyau induré bien limité, doit-elle être pratiquée?

A ce moment les lésions inflammatoires ne sont révélées que par le microscope et les accidents ne sont pas assez intenses pour justifier une pareille intervention. Si on intervenait, il semble qu'on arrêterait tout de suite la maladie. Mais qui penserait à entreprendre une ablation de goître à cette heure où l'opération est disproportionnée avec le mal? On ne sera pas appelé par le malade quand il n'y aura qu'un peu de gêne. On se trouvera donc, la plupart du temps, en présence d'accidents respiratoires, d'un mauvais état général, d'un abcès nettement formé et une intervention simple et rapide est seule permise : l'incision pour évacuer le pus.

La détente qui va se produire conjure les accidents ; la température s'abaisse, la respiration devient facile et dans la plupart des cas, la guérison survient sans encombre.

Tout de suite, après l'incision, on ne pensera pas à aller décortiquer l'enveloppe de l'abcès, c'est-à-dire à faire une strumectomie primitive intra-fébrile, parce que presque toujours tout va s'éliminer après un bon drainage et parce qu'on ne peut prévoir quelles seront les strumites rebelles à l'incision.

Et voilà pourquoi, excepté dans certaines conditions locales favorables, dans les cas de résistance spéciale du sujet, on rejettera l'ablation primitive

malgré ce qu'en pense Kümmer. En sera-t-il de même de la *strumectomie intra-fébrile secondaire*, nécessitée par des accidents aigus récidivants que n'avait pas arrêtés une première incision?

Si quelques jours après une large incision on s'aperçoit par des oscillations thermiques qu'il y a rétention du pus, si les fréquents et minutieux pansements n'en tarissent pas l'écoulement, et si l'infection diffuse dans les plans voisins ne risque de provoquer des métastases pulmonaires, le chirurgien doit, sans tarder, provoquer l'ablation du kyste suppuré. Il est des strumites qui sont plus disposées à ces accidents, celles qui sont développées derrière le sternum.

Leur point déclive est peu propice au drainage car il siège à une grande profondeur.

Les suppurations de l'isthme ou des lobes sont plus superficielles, situées plus haut et, par là, plus accessibles aux traitements simples. Il y a à redouter la septicémie chronique dans ces collections intra-thyroïdiennes retro-sternales, qui sont déjà très graves au début. M. Delore a observé, entre les mains d'autres chirurgiens, deux cas de mort après la simple incision. C'est donc surtout dans les thyroïdites retro-sternales que doit être pratiquée la thyroïdectomie. La malade qui fut l'objet de notre observation aurait sûrement succombé soit à des accidents locaux, soit à des complications du côté de son appareil respiratoire. Tandis que la strumectomie primitive paraissait dangereuse, étant donné la dyspnée, le mauvais état général de la

maladie, la strumectomie pratiquée secondairement a prouvé par ses résultats, que, dans ces cas, c'est l'opération de choix à laquelle il fallait recourir.

La thyroïdectomie peut encore être pratiquée dans les thyroïdites à une époque tardive *post-fébrile* dans les cas de noyaux goitreux suppurés et fistuleux (strumectomie à froid).

De même qu'un curage bien fait rend aux tissus leur vitalité dans le cas de séquestre osseux plongeant au milieu du pus, quand cette interminable suppuration influe sur l'état général du malade et que les pansements répétés ne modifient pas l'état local ; de même, l'énucléation des noyaux goitreux suppurés dans les thyroïdites anciennes amène la guérison du malade.

On aura donc fait une incision primitive au moment des accidents aigus et la suppuration continuant malgré les lavages de la plaie, entretenue qu'elle est par des brides de l'enveloppe du kyste, on sera autorisé à opérer. Le malade réclamera cette intervention, car souvent il se développe un goître au point où a eu lieu l'inflammation et il verra ainsi la terminaison d'une infirmité gênante et dangereuse.

Cette opération a été faite à Lyon par M. le professeur Jaboulay en juin 1900 sur un goître qui s'était développé aux dépens du lobe gauche d'un corps thyroïde d'une malade atteinte de strumite.

Voici l'observation publiée par M. Viannay, interne des hôpitaux.

Un cas de strumite avec ablation secondaire du goître

OBSERVATION

publiée par Charles Viannay, interne des hôpitaux
(*Province médicale*, 25 mars 1900).

En août 1900, M. Viannay observa, dans le service de M. le professeur Jaboulay, un cas de strumite chez une femme, âgée de 51 ans, dont le goître était, sinon congénital, du moins ancien.

Originaire de St-Béron, en Savoie, localité où l'on ne rencontre ordinairement pas de goître, cette malade était fille d'un père goîtreux qui mourut à un âge avancé, d'une maladie aiguë, indépendante de sa tumeur thyroïdienne.

Sa mère est morte également, elle ne sait pas de quelle maladie.

Personnellement, cette femme a toujours été bien portante, si l'on excepte une série d'amygdalites phlegmoneuses qu'elle eut dans son jeune âge et plus tard.

Mariée à 20 ans, elle eut deux enfants qui moururent l'un à 25 mois, l'autre à 25 ans, elle ne sait de quelle maladie. A 32 ans, elle fit une fausse couche de 4 mois sans cause apparente.

Elle dit n'avoir eu à cette époque, ni éruption cutanée, ni angine, ni alopécie, rien qui puisse faire admettre chez elle l'existence de la syphilis. A 42 ans seulement, elle eut une éruption prurigineuse qui fut traitée seulement par des bains sulfureux. Cette éruption guérit, mais fit chaque année, pendant cinq ans, un retour offensif.

Quant au goître qui fut récemment le siège d'accidents infectieux, il est difficile de préciser l'époque de son début. La malade dit l'avoir toujours eu, aussi loin du moins que s'étendent ses souvenirs. Il était très petit à l'origine, puis il subit une augmentation de volume passagère, à l'occasion de chaque grossesse.

Il y a deux ou trois ans, il se remit à grossir d'une façon lente mais continue ; il était surtout saillant à gauche.

Puis il commença à devenir douloureux surtout l'hiver ; il occasionnait de temps à autre des névralgies dans la moitié gauche de la face et de la tête. A plusieurs reprises, la malade eut un peu de raucité de la voix, intermittente et passagère.

En janvier 1900, cette femme contracta l'influenza. Elle resta plus d'un mois malade, eut des symptômes pulmonaires très accusés et rendus plus pénibles par la présence de son goître, qui devint en même temps plus douloureux. Elle ne se remit jamais bien, dit-elle, de cette maladie et, depuis lors, son goître ne cesse de lui faire mal.

Enfin, au début d'avril, il se mit à augmenter rapidement de volume, tandis que la respiration et la déglutition étaient de plus en plus gênées. Aussitôt la peau devint rouge, à gauche, et, la dyspnée étant de plus en plus vive, la malade vint se présenter à l'Hôtel-Dieu, où elle fut admise le 1^{er} Mai 1900 dans le service de M. Jaboulay, suppléé par M. Durand.

Toute la région antérieure du cou était alors distendue par une tuméfaction massive, s'étendant du menton à l'extrémité supérieure du sternum. Au point culminant de cette voussure qui proéminait surtout à gauche, la peau était rouge, chaude et l'on apercevait très nettement la fluctuation. A la périphérie, au contraire, la tumeur était dure, immobilisable dans le sens transversal, adhérente aux plans profonds.

La malade était en proie à une dyspnée intense. Elle disait

avoir beaucoup maigri, sa langue était saburrale, son état était précaire.

Une incision, faite au point culminant de la tuméfaction, donne issue à 250 grammes environ d'un pus louable, jaune et bien lié. On draina la poche ainsi vidée, qui continua à suppurer assez abondamment. La malade fut très soulagée par cette opération. Le 5 mai, on incisa une seconde collection purulente située sur la ligne médiane que l'on mit en communication avec la première, un seul drain passant par les deux incisions. Cette vaste poche continua à suppurer pendant trois semaines environ.

Après la seconde incision, la tuméfaction s'était notablement circonscrite, grâce à la disparition des phénomènes inflammatoires. On put alors explorer aisément le goître qui s'était développé surtout au dépens du lobe gauche du corps thyroïde. On sentait, en outre, attendant à la tumeur deux ganglions volumineux et durs appartenant à la chaîne carotidienne du côté droit.

Tout cet ensemble continua à diminuer de volume et, le 5 juin, la suppuration ayant beaucoup diminué, M. Jaboulay put procéder à l'extirpation du goître. Il fut impossible d'énucléer la masse thyroïdienne restante. On enleva par morceaux la plus grande partie, par une incision en H utilisant partiellement les anciennes. Puis on laissa tout ouvert afin de permettre l'élimination des résidus du goître. Au bout de deux mois cette élimination était complète, et les incisions étaient cicatrisées par seconde intention.

La guérison du goître était aussi parfaite qu'on pouvait le souhaiter, et la malade s'apprêtait à quitter l'hôpital quand elle présenta de nouveau des troubles dyspnéiques très intenses, ne pouvant être attribués au peu qui lui restait de son corps thyroïde, et qui donnèrent l'idée d'examiner ses urines. On y constata la présence d'une grande quantité d'al-

bumine. En même temps apparaissaient des œdèmes perinalléolaires. La malade fut mise pendant quelques jours au régime lacté, puis envoyée dans un service de médecine.

Nous pouvons dire que l'ablation des thyroïdites convient aux strumites. Dès lors l'opération vraie est la strumectomie.

Malgré les beaux succès de Kümmer, la thyroïdectomie partielle doit être réservée aux thyroïdites diffuses, dans des cas du reste exceptionnels.

On traitera la plupart des strumites elles-mêmes par l'incision et l'on ne se décidera à la strumectomie que lorsque cette incision aura démontré son inefficacité.

La strumectomie primitive sera donc peu employée au profit de la strumectomie secondaire intra-fébrile. Si nous rejetons la strumectomie primitive, c'est parce que l'incision donne très souvent la guérison.

C'est ainsi qu'une simple incision tarit très facilement les thyroïdites suppurées amicrobiennes stériles, les suppurations des lobes latéraux haut situés et celles de l'isthme. Au contraire, les strumites retro-sternales sont plus rebelles à ce mode de traitement. Elles entraînent, d'autre part, plus facilement des complications broncho-pulmonaires.

A défaut d'observations plus nombreuses, les lois de la pathologie générale paraissent démontrer que l'ablation des goîtres suppurés convient surtout à la variété retro-sternale.

La déclivité de la poche, la rétention purulente,

la compression de la trachée, les complications trachéales, les broncho-pneumonies, les rapports avec les organes du voisinage (médiastin, trachée et gros vaisseaux), justifient l'intervention que nous proposons.

A côté de la strumectomie à froid, il existe donc une strumectomie à chaud dont les indications, pour être rares, ne doivent pas moins être mises en relief.

CONCLUSIONS

I. — Dans les affections aiguës de la glande thyroïde (thyroïdites et strumites suppurées), on n'a guère employé jusqu'à ce jour une ablation de l'organe.

L'anatomie pathologique des thyroïdites aiguës suppurées, réclame quelquefois une thérapeutique plus active que celle qui a été faite jusqu'ici.

II. — Le traitement de cette affection, tel qu'il est accepté actuellement, est peut-être insuffisant. Le traitement chirurgical est le seul efficace et consiste dans la ponction, l'incision, la thyroïdectomie partielle. (Opération de Kümmer).

III. — Si l'incision a des avantages, dans bien des cas elle a ses inconvénients, surtout dans les thyroïdites retro-sternales.

Et c'est précisément dans ces thyroïdites retro-sternales, que nous déclarons la thyroïdectomie ou la strumectomie être l'opération de choix, nous l'indiquons par les faits cliniques. Nous nous appuyons aussi sur les lois de la pathologie générale pour énoncer cette proposition.

Cette opération est en somme l'opération de Socin pratiquée à chaud.

IV. — Cette énucléation intra-glandulaire à ses indications :

Rarement, elle sera pratiquée d'emblée (on aura recours à l'incision).

Mais, secondairement (surtout dans les thyroïdites retro-sternales), dans les cas de rechute, en pleine période fébrile, elle sera la seule à employer (*thyroïdectomie à chaud*. Nous en rapportons une observation de M. Delore, recueillie à la clinique de M. le professeur Poncet.

Dans une période éloignée (post-fébrile), devant les néo-formations fibreuses et les fistules consécutives à la cicatrisation, on la pratiquera à *froid*.

Le Président de la Thèse,

PONCET.

Vu :

Pour le Doyen :

L'Assesseur,

LACASSAGNE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 25 novembre 1902.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- AUGIER Thyroïdectomie partielle. (Thèse de Lyon, 1898).
- ARTAUD & MAGON De la thyroïdectomie. (*Gazette médicale de Paris*, 1891, n° 43).
- D'AMORE Thyroïdectomia.
- BÉRARD Thèse de Lyon (12 décembre 1896).
- BROCA Article thyroïdectomie du Dictionnaire de Déchambre. Article Goître de Duplay et Reclus (Tome V)
- BASSO (Alexandre) Des Thyroïdites aiguës (th. Paris, 1892).
- BAUCHUT De la thyroïdite (Goître aigu et du goître enflammé. (Goître chronique enflammé). *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1881. Tome IV, pages 19, 52, 75, 92.
- BOURSIER Thèse d'agrégation. De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs du corps thyroïde.
- CHALOT Traité de chirurgie et de médecine opératoire.
- CHRÉTIEN De la thyroïdectomie. (Thèse de Paris, 1888).
- DELORE De la thyroïdectomie dans les thyroïdites aiguës suppurées. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1902).
- DUPLAY & RECLUS Tome V, article Goître. (Broca)

- GALLIARD Thyroïdite grippale terminée par résolution.
(Société médicale des hôpitaux 1893)
- GALTIER De la thyroïdite aiguë primitive. (Th. Paris 1884)
- HEYDENRICK Enucléation intra-glandulaire des goîtres.
- JACQUEMART Des hémorragies post-opératoires dans la thyroï-
dectomie. (Thèse Paris 1897)
- KÜMMER *Revue de chirurgie*, 1891.
- LANCERAUX Anatomie pathologique. (Tome III)
- LEBERT Anatomie pathologique.
- LE DENTU & DELBET Traité de chirurgie. (Tome VI, page 63)
- G. MARCHANT Article thyroïde du nouveau dictionnaire de
médecine et de chirurgie pratique.
- MONCET Alphonse. Contribution à l'étude des hypertrophies thyroï-
diennes. De la valeur de la thyroïdectomie.
(Thèse de Paris, 1893)
- PONCET Congrès de chirurgie, 1898.
- RASCOL Contribution à l'étude des thyroïdites infec-
tieuses. (Thèse de Paris, 1891).
- VIANNAY *Presse médicale*, 1900, (page 403).
-

TABLE DES MATIÈRES

Avant-Propos	7
Introduction.	9
Chapitre I. — Opérations que l'on pratique sur le corps thyroïde.	11
Chapitre II. — Traitement des thyroïdites suppurées aiguës. — Traitement médical et chirurgical tel qu'il est accepté actuellement.. . . .	19
Chapitre III. — Les avantages de l'incision ; ses incon- vénients dans quelques cas. — Avantages de la thyroïdectomie ou de la strumectomie dans le cas où l'incision ne réussit pas.	34
Chapitre IV. — Indication sur l'ablation (comprenant la thyroïdectomie et la strumectomie) : 1 ^o Ablation primitive ; 2 ^o Incision primitive et ablation secondaire, période intra-fébrile (à chaud) ; 3 ^o Incision et ablation secondaire post fébrile (à frigore).	41
Conclusions	51
Bibliographie	53

LYON

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE J. PRUDHOMME

33, cours Gambetta, 32
